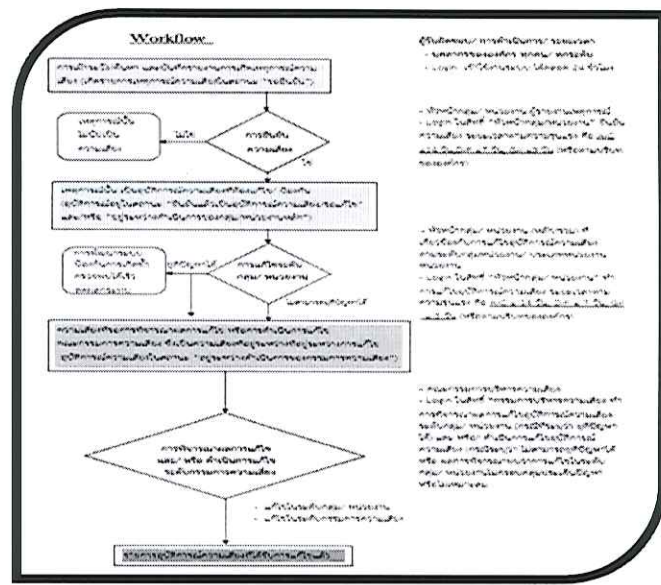
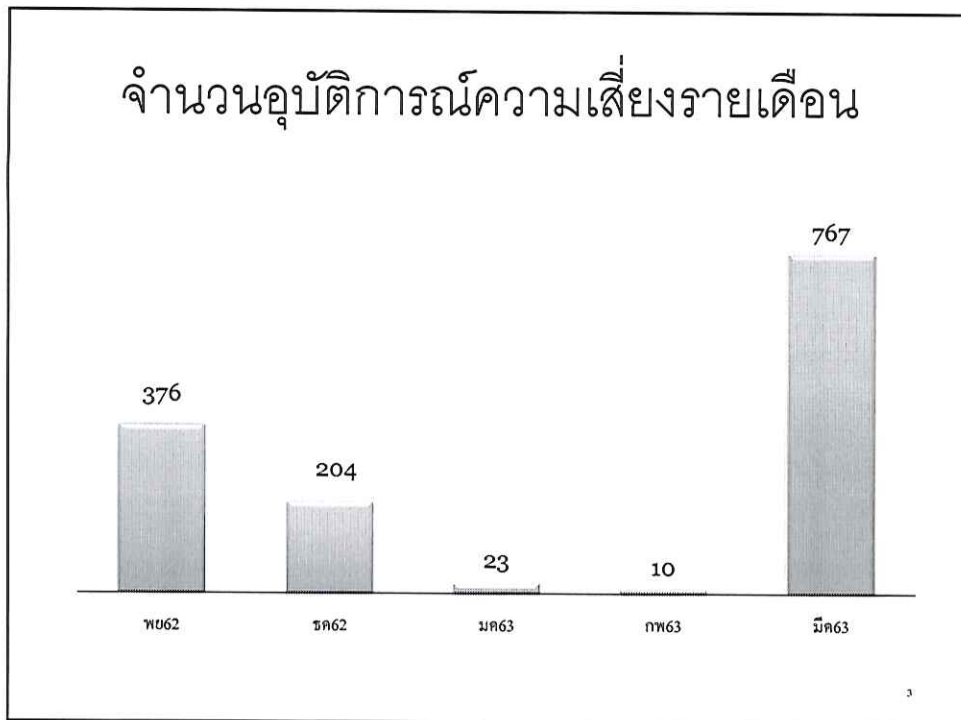


ศูนย์ HA และ ความเสี่ยง

มิถุนายน 2563

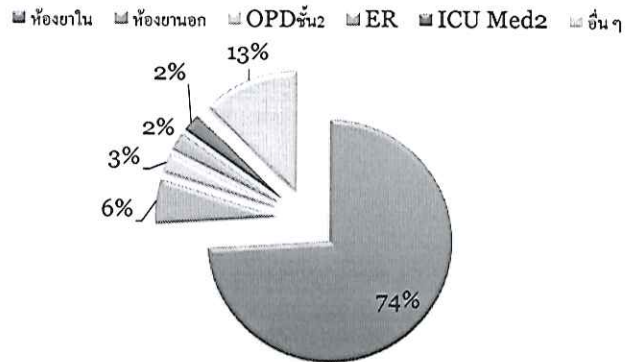
Work Flow ระบบรายงานความเสี่ยง HRMS





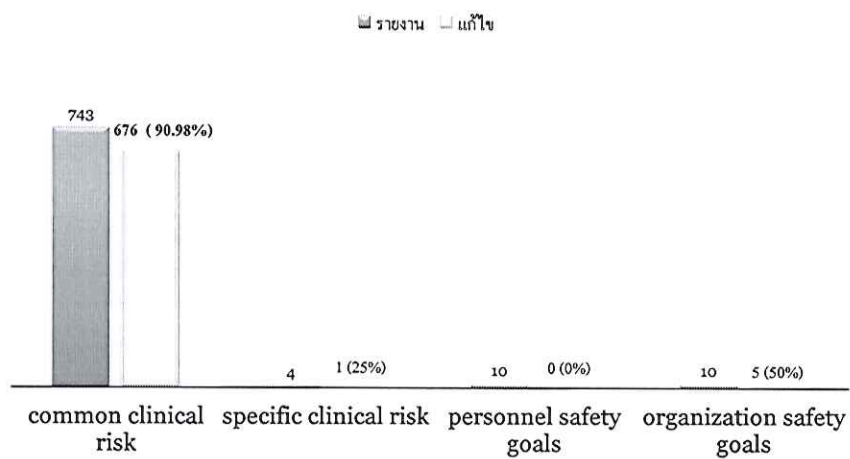
หน่วยงานที่มีการรายงานความเสี่ยง

Top 5



5

อุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ได้รับการแก้ไขโดยหัวหน้างาน/กลุ่มงาน



6

หน่วยงานที่มีการแก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยง

หน่วยงานที่แก้ไขความเสี่ยง 100% จากความเสี่ยงที่รายงาน



7

การแก้ไขความเสี่ยงทางคลินิก ระดับ E-F, GHI และ ความเสี่ยงทั่วไประดับ 3,4,5

ระดับความเสี่ยง	จำนวนการเกิด	จำนวนแก้ไข	ร้อยละ
E F และ 3	23	9	39.13
GHI และ 4,5	2	1	50

8

มาตรฐานที่สำคัญจำเป็น

1. การตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ
2. การติดเชื้อที่สำคัญ ตามบริบทขององค์การ ในกลุ่ม SSI, VAP, CAUTI, CABSİ
3. บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่
4. การเกิด Medication Error และ Adverse drug Event
5. การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด
6. การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด
7. ข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค
8. การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/ พยาธิวิทยาผิดพลาด
9. การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน

9

รายละเอียดการดำเนินงาน

1. มีแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วย ตามมาตรฐานสำคัญต่อความปลอดภัยที่กำหนด
2. แสดงจำนวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นแต่ละปี ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนด ในแบบประเมินตนเองเพื่อขอรับการรับรองคุณภาพ
3. กรณีเกิดอุบัติการณ์ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนด ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย (ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป) ให้สถานพยาบาลทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุรากของปัญหา
4. จัดทำแผนควบคุมป้องกันความเสี่ยงที่สัมพันธ์กับมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย และมีผลการดำเนินงานตามแผนแสดงแก่ผู้เยี่ยมชมสำรวจ

10

รายละเอียดตามมาตรฐานและหน่วยงานที่รับผิดชอบ			
มาตรฐานที่อ้างถึงเป็นต่อความปลอดภัย	มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4	หน่วยงาน, กลุ่มงาน, PCT	ที่เกี่ยวข้อง
การติดเชื้อในโรงพยาบาล (Hospital Acquired Infection)	มาตรฐาน III-4.3 การดูแลเฉพาะ ข.การผ่าตัด (4)	OR	
การติดเชื้อในช่องปากในหอผู้ป่วย โดยผู้ป่วยนอก หรือในชุมชน SSI, VAP, CAUTI, CABSİ	มาตรฐาน II-4.2 การปฏิบัติต่อป้องกันการติดเชื้อ ข.การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ (1)	IC	
บุคลากรผู้เกี่ยวข้องการปฏิบัติหน้าที่ต้องรับมาตรฐาน	มาตรฐาน II-4.2 การปฏิบัติต่อป้องกันการติดเชื้อ ข.การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ (3)	IC+อาชีวเวชกรรม	
การเกิด medication error และ adverse drug event	มาตรฐาน II-6.1 การกำกับการดูแลและส่งเสริมสมรรถนะบุคลากรการให้บริการด้านการยา (3)	ระบบยา	
การให้ยามีความผิดปกติ	มาตรฐาน II-7.4 สมการยึดและงานบริการโรค (ดูแลการนำยาไปปฏิบัติบนทางบ่งชี้ คน, คีลาญ, ผิดชนิด)	ธนาคารเลือด	
การนำยาไปปฏิบัติ	มาตรฐาน III-1 การประเมินและการให้บริการ (8) (องค์กรดำเนินการนำไปปฏิบัติบนทางบ่งชี้ ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย)	ทุก PCT/ ทุกระบบงาน	
การกลืนผิดเป็นประวัติ	มาตรฐาน III-2 การประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค (4) (มีการกำหนดเรื่องการส่งผิดวินิจฉัย) (Misdiagnosis, delcydiagnosis)	ทุก PCT	
การประเมินผลการดำเนินงานป้องกันอุบัติการณ์วิกลจริต	มาตรฐาน II-7.2 บริการประเมินผู้ปฏิบัติงานทางเภสัชศาสตร์วิชาชีพ (4) การให้บริการ (3) II-7.3 พยาธิวิทยาโรคและ II-7.5 บริการตรวจวินิจฉัยอื่น ๆ	Lab/ ห้องพยาธิวิทยาชีวภาพ	
การดูแลที่ป้องกันและลดอุบัติการณ์	มาตรฐาน III-1 การให้บริการ (3)	ER	

การสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัย Safety Culture Survey Culture

วัตถุประสงค์

- 1.ตระหนักในการสร้างความปลอดภัย
- 2.เป็นความรู้สึกร่วมกันในช่วงเวลาในการประเมิน
- 3.ทราบจุดอ่อน จุดแข็ง เพื่อพัฒนา และแก้ไข
- 4.สามารถเปรียบเทียบได้ เพื่อพัฒนาต่อเนื่อง

วิธีการประเมิน

ประเมินโดยบุคลากร และผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม ออนไลน์

บุคลากร : ระบบการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาล

(Hospital Safety Culture Survey)

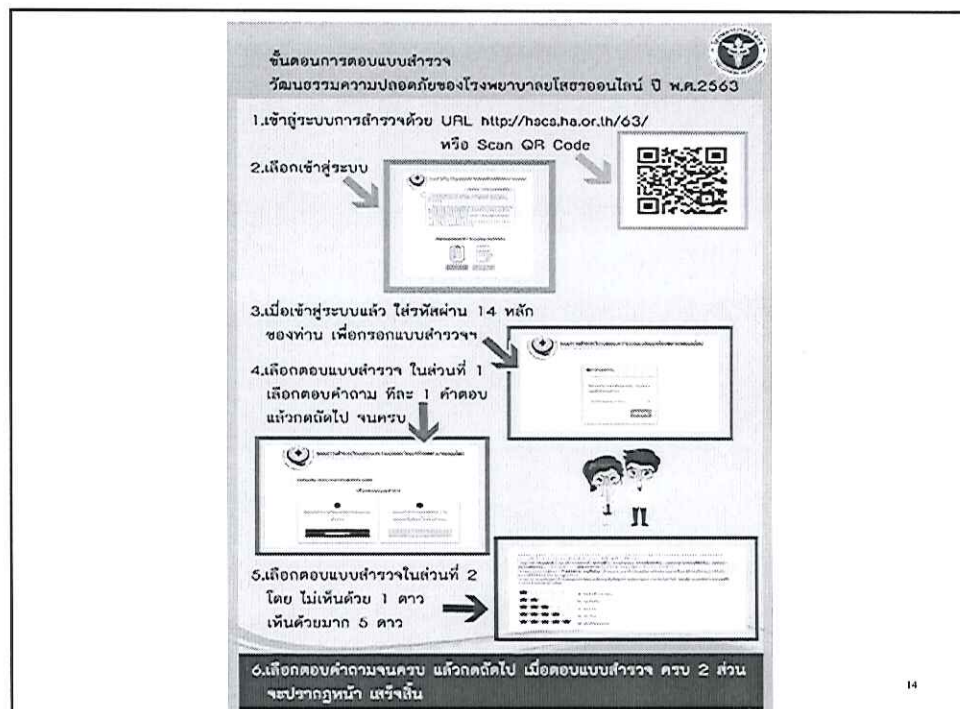
<http://hscs.ha.or.th/63/>

ผู้ป่วย : ระบบการรับฟังประสบการณ์ผู้ป่วยต่อการปรับระบบบริการ

(Patient Experience Program: PEP)

<https://pex.ha.or.th/>

13



ศูนย์ HA และ ความเสี่ยง
ที่ทำการ ชั้น 5
พื้นที่เดียวกับห้องสมุด
เบอร์โทร 1642

